

Tilburg University

Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen

Kolnaar, A.H.J.J.

Published in:
Maandschrift Economie

Publication date:
2001

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Kolnaar, A. H. J. J. (2001). Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. *Maandschrift Economie*, 65(3), 248-258.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen

A.H.J. KOLNAAR¹

In december stelde de SER een advies² vast over de opzet van het zorgstelsel. Centrale uitgangspunten zijn toegankelijkheid, doelmatigheid en solidariteit. De doelmatigheid is onder meer gediend met een grotere rol voor onderling concurrerende verzekeraars en meer kostenbewust opererende zorgverleners en -vragers. De toegang moet gewaarborgd worden voor zowel mensen met hoge of lage gezondheidsrisico's als wel voor mensen met lage en hoge inkomens. Er moet dus sprake zijn van risico- en van inkomens-solidariteit. De risicosolidariteit wordt geheel geplaatst binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De bepleite nominale, inkomensafhankelijke premies spelen hierbij een dubbele rol. Ze vergroten niet alleen de voor concurrentie en doelmatigheid nodige markttransparantie: als iedereen, ongeacht zijn gezondheidsrisico, dezelfde premie betaalt is ook de risicosolidariteit optimaal. Er is bewust voor gekozen om de even noodzakelijke inkomenssolidariteit vervolgens te realiseren buiten het stelsel, via de belastingheffing. Omdat er ook een acceptatieplicht komt voor de verzekeraars is een vorm van verevening tussen verzekeraars geboden. Een centraal thema uit het advies is daarmee de vormgeving van een nieuw alomvattend verzekeringssysteem. Hierna wordt beschreven hoe dit in het SER-voorstel qua premie- en vereveningopzet gestalte ware te geven. Zulks uitgaande van alleen qua eigen risico verschillende polissen. Analyses met qua dekking andere pakketten leiden niet tot extra inzichten, maar zijn minder eenvoudig.

1 Begripsvorming

In het SERrapport is gekozen voor een verzekeringssysteem *ex ante*. De risicosolidariteit wordt daarmee een 'subsidiërende solidariteit'. *Ex ante* systemen stelen op *verwachte* uitgaven en daarop geënte premiecalculaties. De verzekeraars dragen er een eigen (inschattings)risico, maar hebben ook winstmogelijkheden. Bij een *ex postsysteem* zijn de *feitelijke* uitgaven maatgevend: er is een afrekening achteraf. Dan

1 Als kroonlid van de SER was de auteur voorzitter van de werkgroep die het advies voor bereidde. De auteur dankt Prof. Dr. W. van de Ven en leden van het SER-secretariaat, met name Drs. H. Fijn van Draat, voor hun opmerkingen. Dit artikel is geheel geschreven voor eigen verantwoording.

2 Naar een gezond stelsel van Ziektekostenverzekeringen. SER, publicatienummer 12, december 2000.

zijn de prikkels voor de verzekeraars om goedkoper en doelmatiger te werken en zo besparingen en dus winsten te realiseren minder sterk. We gaan uit van een gegeven verdelingsfunctie voor de verwachte ziektekosten per persoon, resulterend in:

$$z_j = (1 - \pi_j) z_{\min} + \pi_j z_{\max} \quad (j=1 \dots n) \quad \text{Ex ante ziektekosten per persoon}$$

Volgens deze functie zijn de n personen gerangschikt naar hun (verwachte) ziektekosten. De getallen π_j en $1 - \pi_j$ zijn verwachtingscoëfficiënten met waarden tussen 0 en 1, z_{\min} en z_{\max} staan voor de minimum en maximum waargenomen kosten in de verzameling. De verwachte ziektekosten van ieder individu liggen tussen deze niveaus. Waar ergens hangt af van π_j : is de waarde laag, in de buurt van 0, dan heeft de persoon in kwestie een laag verwacht kostenniveau; is zij hoog, in de buurt van 1, dan is in geld uitgedrukt zijn gezondheidsrisico hoog. Vanzelfsprekend zijn er andere verdelingsfuncties mogelijk, maar eenvoudshalve wordt het hierbij gelaten.

Gemaakte kosten worden vergoed tenzij ze onder het eigen risico (e_j) vallen³, zodat

$$u_j = \max[(z_j - e_j), 0] \quad \text{Verwachte vergoedingen}$$

Vergoedingen zijn nooit negatief. Er is wel rekening gehouden met een eigen risico, dat boven de minimale ziektekosten ligt. Dan wordt de verwachte vergoeding in de buurt van het minimum nul. Voorts is aangenomen dat het eigen risico altijd onder de maximum-component ligt. Het desbetreffende verschil is dus steeds positief. In de voorbeelden hierna werken we in eerste instantie met $z_{\min} = e_j = e$ en uniforme eigen risico's. Dan wordt de relatie:

$$u_j = \pi_j (z_{\max} - e) \quad \text{Verwachte vergoedingen}$$

Volgens de vergelijkingen gaat er geen invloed uit van de hoogte van het eigen risico op de ex ante kosten. Die hypothese komt verderop nog aan de orde. De vergoedingen ex ante zijn de verwachte uitgaven voor de verzekeraar. Als er per persoon premies worden geheven (p_j) dan is het verschil tussen de premie en die vergoeding zijn ex ante solidariteitsbijdrage (s_j) aan het stelsel. Deze kan positief of negatief zijn.

$$s_j \equiv p_j - u_j \quad \text{Ex ante Solidariteitsbijdrage}$$

Waar deze bijdrage terechtkomt bij verzekeraars, zou ook van 'resultaatbijdrage' kunnen worden gesproken. Resteren nog de per saldo resulterende verwachte netto uitgaven per persoon, inclusief de premie en na vergoedingen:

3 Volgens het SER-voorstel dekt de standaardpolis van de "Algemene verzekering curatieve zorg" het huidige ziekenfondspakket plus tandheelkundige hulp en eerstelijns psychologische hulpverlening plus enkele uit de AWBZ overgehevelde voorzieningen en daarmee alle vormen van "gepaste zorg".

$$k_j \equiv z_j + p_j - u_j \equiv z_j + s_j \quad \text{Netto verwachte uitgaven}$$

Ook hier gaat het om uitgaven volgens inschattingen van de verzekeraar. Is er geen verzekering, draait ieder op voor zijn eigen directe kosten, dan zijn de verwachte netto kosten gelijk aan de directe z_j . Worden alle kosten hoofdelijk omgeslagen bij gelijke eigen risico's dan is een volledige nivellering van de netto verwachte uitgaven bereikt. De netto kosten zijn dan ex ante voor ieder hetzelfde, onafhankelijk van het gezondheidsrisico⁴.

De verdelingsfunctie heeft uitdrukkelijk betrekking op inschattingen volgens enkele objectieve criteria. Wij nemen vervolgens aan dat op basis ervan de in totaal n personen kunnen worden ingedeeld in enkele redelijk homogene risicogroepen, aan te duiden met de suffix i . Uitgegaan wordt van vijf zulke groepen, dus $i=1..5$. De berekeningen worden dan gebaseerd op verwachte groepsgemiddelden. De inschattingen van de betrokken personen zelf binnen die groepen kunnen en zullen daarvan afwijken. Zij kunnen zelfs verwachten dit jaar geheel geen uitgaven te hebben, hoewel dit volgens de gemiddelde inschatting van de verdelingsfunctie niet voor zal komen. Tabel 1 bevat een voorbeeld met als gegevens $z_{\max}=120$, een uniform eigen risico van 20 ($e_i=z_{\min}=20$) en een nominale premie van 50 ($p_i=50$) voor iedereen. Er zijn als gezegd 5 risicogroepen, met gegeven en per groep oplopende verwachtingsparameters π_i (regel twee).

TABEL 1 **Verwachte kosten, vergoedingen en bijdragen per verzekerde**

Risicogroepen (i)	1	2	3	4	5
Risicokenmerk (π_i)	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
Directe kosten (z_i)	40	60	80	100	120
Eigen risico (e_i)	20	20	20	20	20
Vergoedingen (u_i)	20	40	60	80	100
Premie (p_i)	50	50	50	50	50
Solidariteitsbijdrage (s_i)	30	10	-10	-30	-50
Netto kosten (k_i)	70	70	70	70	70

Als gevolg van de uniforme nominale premies en eigen risico's zijn de uiteindelijke netto kosten (ex ante) genivelleerd. Daarentegen verschillen de solidariteitsbijdragen juist.

4 Situaties met een nog verdergaande herverdeling van de lasten zijn denkbaar. Er is althans rekentechnisch dus geen maximale solidariteit.

2 De standaardpolis met minimaal eigen risico

De totale uitgaven U in het verzekeringsstelsel volgen uit de sommatie van de kosten per groep. De laatste zijn gelijk aan kosten per individu maal aantal individuen per groep:

$$U \equiv \sum_i u_i n_i \quad \text{Totale ex ante vergoedingen}$$

zodat de gemiddelde vergoedingen binnen het stelsel (u) gelijk zijn aan:

$$u \equiv U/n \quad \text{Gemiddelde vergoeding ex ante}$$

Op dezelfde manier zijn de totale verwachte gezondheidslasten in een land

$$Z \equiv \sum_i z_i n_i \quad \text{Totale ex ante gezondheidslasten}$$

Als gevolg van beperkte polissen en eigen risico's zijn totale vergoedingen en directe gezondheidskosten niet aan elkaar gelijk. Voor de totale premie-ontvangsten noteren we:

$$P \equiv \sum_i p_i n_i \quad \text{Premie-ontvangsten}$$

Wordt er voor de financiering van de kosten een landelijk omslagstelsel toegepast dan zijn de verwachte ontvangsten en uitgaven aan elkaar gelijk via de keuze van de juiste premie. Als dat bovendien een voor ieder identieke nominale premie is, moet deze gelijk zijn aan de gemiddelde ex ante vergoeding ($p=u$), opslagen voor administratiekosten etc. daargelaten. Voortbouwend op de gevens van tabel 1 is die premie 60 als er in elke groep evenveel personen zijn. Het resultaat bij uniforme eigen risico's van 20 brengt tabel 2. Het betreft weer gemiddeld verwachte bedragen per persoon in een groep. De totalen volgen na vermenigvuldiging met de aantallen per groep, steeds 100 personen.

Het in de tabel geschetste omslagstelsel met een hoge dekking en een laag eigen risico vormt het uitgangspunt voor de beschouwingen hierna. We duiden het daarom aan met de superfix a , premie p^a en een laagste eigen risico e^a .

De keuze van de getallen in onze voorbeelden is willekeurig: er is geen aansluiting gezocht bij de feitelijke verhoudingen. In een omslagstelsel is het totaal der ex ante solidariteitsbijdragen nul:

$$s_i \equiv p_i - u_i = p^a - u_i \quad \text{als } p_i = p = p^a \quad \text{Solidariteitsbijdragen per individu}$$

$$S \equiv \sum_i s_i \equiv \sum_i p_i n_i - \sum_i u_i n_i \equiv P - U = 0 \quad \text{Totale solidariteitsbijdragen}$$

De positieve solidariteitsbijdrage van de een dekt dus de negatieve bijdrage van de ander.

TABEL 2 De standaardpolis in een omslagstelsel (stelsel a).

Groep	Omvang	Dir. lasten	Vergoeding	Premie	Bijdrage	Netto uitgaven
	n_i	z_i	u_i	$p_i = p^a$	$s_i = p_i - u_i$	$k_i = p_i + z_i - u_i$
1	100	40	20	60	40	80
2	100	60	40	60	20	80
3	100	80	60	60	0	80
4	100	100	80	60	-20	80
5	100	120	100	60	-40	80
Totalen	$n=500$	$Z=3600$	$U=3000$	$P=3000$	$S=0$	$K=3600$

3 Een nieuwe polis met een hoger eigen risico (de basispolis)

Bij een omslagstelsel is er slechts één oplossing voor de premie, gegeven de dekking en het eigen risico⁵. Althans als er wordt gekozen voor een *overal gelijke nominale premie*. Introductie van een nieuwe polis met een hoger eigen risico leidt tot een daling van de ex ante vergoedingen. Stel er komt een tweede polis b, met een eigen risico e^b . De polis is aantrekkelijk in vergelijking met de oude polis a voor personen waarvoor geldt:

$$\begin{array}{ll} k_i^b \leq k_i^a & \text{Verwachte netto kosten} \\ \text{oftewel} & \\ p^a - p^b \geq u_i^a - u_i^b & \text{Gelijkwaardigheidsconditie} \end{array}$$

In woorden moeten de totale kosten bij de nieuwe polis minstens gelijk, bij voorkeur lager zijn dan die bij de oude. De reductie in de premie moet dan minstens gelijk zijn aan die in de verwachte vergoedingen. Deze premievoorwaarde geldt overigens wederom alleen voorzover in de directe verwachte kosten z_i geen wijzigingen optreden, ondanks de hogere eigen risico's. We komen hier op terug. Bij een nieuw eigen risico van niet 20 maar 60 ($e_i^b = 60$) worden de verwachte vergoedingen, bij dezelfde risicokenmerken als in tabel 1, zoals weergegeven in tabel 3. De tabel werkt weer met gemiddelden. Voor de verzekeraar moet de verwachte vergoeding in met name groep 2 eigenlijk niet nul maar groter zijn (geen negatieve, wel positieve vergoedingen).

De minimaal gewenste premiereductie volgens de laatste regel is gelijk aan de

5 In de visie van het rapport wordt de standaardpolis wettelijk vastgelegd inclusief het erbij horende uniforme eigen risico.

TABEL 3 Verwachte vergoedingen bij de oude en de nieuwe polis

Groep	1	2	3	4	5
Risicokenmerk π_i	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
Verwachte directe kosten (z_i)	40	60	80	100	120
Verwachte vergoeding, polis a (u^a_i)	20	40	60	80	100
Verwachte vergoeding, polis b (u^b_i)	0	0 ⁺	20	40	60
Minimum premiereductie ($p^a_i - p^b_i$)	20	40	40	40	40

verwachte daling in de vergoeding. Er zijn wat de premie van de nieuwe polis betreft vervolgens meerdere mogelijkheden. Zo zou men ook voor deze polis een overal gelijke nominale premie kunnen eisen. Dan wordt de polis al gauw onaantrekkelijk voor mensen met een hoog gezondheidsrisico en veranderen de solidariteitsbijdragen.

In het SER-advies is gekozen voor een andere aanpak. Daar wordt wat ik wil noemen het 'principe van de ongewijzigde solidariteitsbijdragen' gehuldigd. Van degene die op de nieuwe polis overgaan wordt een solidariteitsbijdrage gevraagd vergelijkbaar met wat hij zou betalen bij uitsluitende verzekering volgens de standaardpolis, dat is zijn bijdrage uit tabel 2. Er kan dan een premiereductie worden gegeven die inderdaad *evenredig* is met de reductie in de verwachte vergoedingen. Bij volledige toepassing van dit principe krijgt een gegadigde met hoge verwachte ziektekosten dus een hogere premiereductie dan iemand met lage verwachte kosten bij hetzelfde nieuwe eigen risico. Voor laatstbedoelde kan de ex ante reductie in de vergoeding immers zeer laag, zelfs nul zijn. Er resulteren zo gedifferentieerde premies voor de nieuwe polis. Uitgangspunt is dus de bijdrage

$$s^a_i \equiv p^a_i - u^a_i \quad \text{Solidariteitsbijdrage standaardpolis}$$

Voor andere polissen b moet nu gelden:

$$p^b_i = u^b_i + s^a_i \quad \text{Ongewijzigde solidariteitsbijdrage}$$

De oorspronkelijke solidariteitsbijdrage blijft aldus gehandhaafd, zodat

$$p^a_i - p^b_i = u^a_i - u^b_i \quad \text{Norm premiestelling}$$

In dit artikel analyseren we slechts één nieuwe polis. In de praktijk kan het gaan om meer polissen met elk een eigen dekking en dus verwachte vergoeding. Opgemerkt zij dat de financiering op deze wijze rond blijft lopen: de reducties in inkomsten (premies) en uitgaven zijn immers aan elkaar gelijk.

De vraag is waarin het aantrekkelijke schuilt van de overgang op de nieuwe polis. Bezien we eerst de verzekerden. De geboden ruimte volgens de norm in de premies-telling strookt met de eerder afgeleide voorwaarde voor gelijkwaardigheid. Bij de beschreven gelijke reductie in de premie (baten) en vergoedingen (lasten) lijkt de operatie voor hen kostenneutraal. Dan valt er weinig voordeel te halen. Zoals bij alle eigen risico's moet het voordeel echter komen uit de eventuele *besparing* op de ziektekosten. Het hogere eigen risico zet daartoe aan. De inschatting van dit 'Remgeld-effect' is gewichtig bij de keuze van de verzekerde. Vervolgens werden de risico-inschattingen op groepsgemiddelden gebaseerd. De individuele inschatting van iemand uit die groep kan daar zeer wel van afwijken. Dat is een tweede reden waarom voor de nieuwe polis kan worden geopteerd.

Voor de verzekeraar is de beschreven introductie van de nieuwe polis bij goed ingeschatte risico's winstneutraal. Maar als door soberder gebruik van zorgdiensten de verzekerde de kosten van het stelsel drukt, heeft de verzekeraar daar ook baat bij (minder declaraties bij dezelfde premies). Daarnaast is er de mogelijkheid om zelf de uitgaven te verminderen door voordeliger in te kopen en efficiënter te werken. Bij werkzame concurrentie tussen verzekeraars zullen, als er één begint met de introductie van de nieuwe polis, de anderen moeten volgen. De kans is dus groot, dat de verzekeraars het ook werkelijk gaan zoeken in grotere efficiëntie. Dat is dan ook precies de bedoeling.

Op voorhand valt niet te zeggen hoeveel mensen voor de nieuwe polis zullen kiezen. Dat hangt af van persoonlijke inschattingen en voorkeuren, zoals bij elk marktevenwicht bij productdifferentiatie. Het stelsel is levensvatbaar en daar gaat het om.

4 De verevening

Het SER-voorstel kent geen landelijk omslagstelsel met een uniforme nominale premie. De uitvoering is aan ook particuliere verzekeraars die zelf premies vaststellen, zij het voor de standaardpolis een uniforme voor al hun klanten. Er is voor de standaardpolis ook een *acceptatieplicht*. Daarnaast krijgt de burger een *verzekeringplicht* op het niveau van de meest beperkte zogeheten basispolis. De acceptatieplicht maakt de introductie van een vereveningssysteem noodzakelijk omdat een verzekeraar zijn populatie nu niet vrij kan kiezen. Hij heeft ook verliesgevende klanten maar te accepteren in plaats van op risico te selecteren. De mogelijke gevolgen worden in tabel 4 geïllustreerd. In het eerste deel is opnieuw weergegeven hoe de standaardpolis landelijk zou uitpakken in een omslagstelsel. Dit dient als referentiekader. De resultaten van de verzekeraar uit het tweede deel zijn anders dan in dat referentiekader, hoewel de risicogroepen en groepskenmerken evenals de premie hetzelfde zijn. De verzekeraar in kwestie leidt een verlies dat geheel is te wijten aan oververtegenwoordiging van groepen met hoge gezondheidsrisico's in zijn bestand.

De veronderstellingen in tabel 4 zijn zodanig dat de volume-aandelen van alle klassen landelijk hetzelfde zijn, en wel 0.2 (is 100/500), of 20% van het totaal. Bij verzekeraar v wijken de aandelen daarvan af. Zij kunnen als volgt worden weergegeven:

$$\begin{aligned}\gamma_i &\equiv n_i / n && \text{Volume-aandeel klasse } i \text{ landelijk} \\ \gamma'_i &\equiv n^v_i / n^v && \text{Idem, verzekeraar } v\end{aligned}$$

Deze getallen geven weer hoeveel procent van het totale bestand zit in groep i . Landelijk en per verzekeraar tellen deze aandelen dus op tot één⁶.

De verwachte winst of het verlies van de verzekeraar wordt meer algemeen natuurlijk ook bepaald door zijn eigen premies en vergoedingen die af kunnen wijken:

$$W^v \equiv \sum_i n^v_i p_i - \sum_i n^v_i u_i \equiv n^v \sum_i \gamma'_i s_i \quad \text{Verwachte winst voor verevening}$$

In tabel 4 evenwel zijn die premies, vergoedingen en dus solidariteitsbijdragen hetzelfde als in het referentiekader. Meer algemeen is er uitgegaan van $s^v_i = s^a_i$, zodat er alleen een verschil is in risicoprofiel, in aandelen van risicogroepen.

De beoogde verevening moet het bedrijfsresultaat alleen corrigeren voor het verschil in risicoprofiel ten opzichte van het landelijke. Daartoe wordt gebruik gemaakt van de landelijke solidariteitsbijdragen volgens het referentiekader. Voor de verevening is er dus een rekenwinst die volgt uit toepassing van die bedragen:

$$W^{**} \equiv \sum_i n^v_i p_i - \sum_i n^v_i u^a_i = n^v \sum_i \gamma'_i s^a_i \quad \text{Rekenwinst voor de verevening}$$

Het sterretje duidt op deze rekenwinst. Verevening impliceert:

$$\begin{aligned}V^v_i &= \beta n^v (\gamma_i - \gamma'_i) s^a_i && \text{Verevening per risicogroep} \\ \text{en} \\ V^v &\equiv \sum_i V^v_i = \beta n^v \sum_i (\gamma_i - \gamma'_i) s^a_i = \beta [W^v - W^{**}] && \text{Totale verevening}\end{aligned}$$

Met name hier vindt de correctie plaats voor de verschillen in risicoprofiel. Als $\beta=1$ is er volledige verevening. Dan wordt de totale winst na verevening:

$$W^v_i \equiv p^v_i - U^v + V^v = n^v [\sum_i \gamma'_i (s^v_i - s^a_i) + \sum_i \gamma'_i s^a_i] \quad \text{Winst na verevening}$$

Uitgangspunt is dus de bijdrage zoals die landelijk zou gelden volgens de standaardpolis en het bijhorende eigen risico in een omslagstelsel (tabel 2 en 4A). Dan corrigeert de verevening inderdaad slechts voor de invloed van de acceptatieplicht op het resultaat. In tabel 5 met als basis tabel 4A en B wordt dit toegepast. De kolom onder initieel geeft de solidariteitsbijdragen weer op basis van de feitelijke aantallen verze-

⁶ Op basis van deze volume-aandelen geldt per definitie:
 $U \equiv \sum_i n_i u_i = n \sum_i (\gamma_i / n) u_i \equiv \sum_i \gamma_i u_i$ Totale vergoeding $u \equiv U/n = \sum_i \gamma_i u_i$ Gemiddelde vergoeding
 $P \equiv n \sum_i \gamma_i p_i$ Premie-ontvangsten $S \equiv n \sum_i \gamma_i s_i$ Solidariteitsbijdragen

TABEL 4 De gevolgen van de acceptatieplicht
A. Landelijke referentiekader

Klasse	Aantal	Aandeel	Uitgaven	Premie	Lasten	Totale Premie	Solid. bijdragen
i	n_i	γ_i	u_i^a	$p_i = p^a$	$U_i = n_i \mu_i$	$P_i = n_i p_i$	$S_i = P_i - U_i = n_i s_i$
1	100	0.2	20	60	2000	6000	4000
2	100	0.2	40	60	4000	6000	2000
3	100	0.2	60	60	6000	6000	0
4	100	0.2	80	60	8000	6000	-2000
5	100	0.2	100	60	10000	6000	-4000
Totalen:							
	$n = 500$				$U = 300000$	$P = 300000$	$S = 0$

B. Een private verzekeraar bij dezelfde risicoklassen en polis a

Klasse	Aantal	Aandeel	Uitgaven	Premie	Lasten	Totale Premie	Solid. bijdragen
i	n_i^v	γ_i^v	$u_i^v = u_i^a$	$p_i^v = p^a$	$U_i^v = n_i^v \mu_i^v$	$P_i^v = n_i^v p_i^v$	$S_i^v = n_i^v s_i^v$
1	20	0.083	20	60	400	1200	800
2	40	0.167	40	60	1600	2400	800
3	50	0.208	60	60	3000	3000	0
4	60	0.25	80	60	4800	3600	-1200
5	70	0.292	100	60	7000	4200	-2800
Totalen:							
	$n^v = 240$				$U^v = 16800$	$P^v = 14400$	$S^v = -2400$

kerden per klasse van verzekeraar v en de landelijke referentiebedragen. Dat zijn in dit voorbeeld gemakshalve ook weer de door de verzekeraar toegepaste bedragen. Loopt hij aldus in de pas (opnieuw $s_i^v = s_i^a$), dan zijn de exploitatieverschillen geheel terug te voeren op profielverschillen.

Een landelijk omslagstelsel kent als gezegd een winst totaal en per verzekerde van nul:

$$W/n = \sum_i \gamma_i s_i^a = 0$$

Macro exploitatieresultaat per verzekerde

De individuele ondernemingen behalen bij volledige verevening per verzekerde hetzelfde gemiddelde resultaat, ook al verschillen de risicoprofielen van hun

TABEL 5 De volumeverdelingen en de verevening

Klasse	Beoogde sol.bijdrage	Gewichten:				Exploitatie maatschappij v		
		Landelijk		Maatschappij v		Initieel	Verevening	Samen
i	s_i^a	n_i	γ_i	n_i^v	γ_i^v	$n_i^v \gamma_i^v s_i^a$	$n^v (\gamma_i - \gamma^v) s_i^a$	
1	40	100	0.2	20	0.0833	800	1120	1920
2	20	100	0.2	40	0.1667	800	160	960
3	0	100	0.2	50	0.2083	0	0	0
4	20	100	0.2	60	0.25	-1200	240	-960
5	40	100	0.2	70	0.2917	-2800	880	-1920
Totalen		500	1	240	1	-2400	2400	Winst 0

verzekerdenbestanden. Dit althans voorzover zij dezelfde polisvoorwaarden toepassen. Vanzelfsprekend kunnen de maatschappijen extra winst boeken door hogere bijdragen (s_i^v) te realiseren dan de referentiewaarde (s_i^a). Dat moet bereikt worden met middelen als voordeliger inkopen en efficiënter uitvoeren dan concurrenten, omdat in het SER-advies risicoselectie wordt gemeden. De weg naar hogere resultaten met behulp van hogere premies wordt door de concurrentie afgesneden. Ook bij meerdere polissen dient de verevening te worden gebaseerd op de beschreven volume-aandelen en ongewijzigde solidariteitsbedragen. Aldus worden maatschappijen er toe aangezet, de beoogde solidariteitsbijdragen ook metterdaad bij hun klanten in rekening te brengen, zodat premiereducties echt volledig gebaseerd worden op de al besproken reducties in (verwachte) vergoedingen. Wijken de verzekeraars hiervan af, gaan zij onder de desbetreffende bedragen zitten, dan bekopen ze dat ook na de verevening met verlies. Met de beschreven verevening wordt het beoogde doel dus bereikt. Er wordt alleen gecorrigeerd voor verschillen in risicoprofiel, niet voor eventuele verschillen in efficiëntie, inkoop, dus met de bedrijfsvoering samenhangende factoren.

5 Conclusies

Het SER-advies kent zeer belangrijke uitgangspunten. Het vertrekpunt is geen minimale maar een maximale 'standaardpolis'. Deze biedt een wettelijk breed pakket van gepaste zorg. Men kan zich voor minder verzekeren. Dan geldt het principe van de ongewijzigde solidariteitsbijdragen. De verzekeraars worden geconfronteerd met een acceptatieplicht voor de standaardpolis. Voor de burger geldt een verzekeringsplicht op het niveau van de meest beperkte 'basispolis'.

De standaardpolis kent een per verzekeraar uniforme nominale premie en een

vast eigen risico. De solidariteitsbijdragen verschillen derhalve per verzekerde alnaar gelang het gezondheidsrisico. De premies voor kleinere pakketten en hogere eigen risico's zijn in principe wel gedifferentieerd, maar de solidariteitsbijdrage blijft onaangetast. De ruimte voor premiereductie wordt bepaald door alleen de verwachte reductie in de vergoedingen. Loopt bij een 'normale' inrichting vanuit een minimum-pakket en bijverzekeren de premie op voor mensen met een hoog gezondheidsrisico voor hen wordt de premiereductie hoger in het SER voorstel. Dat komt door het vertrekpunt, de ruime standaardpolis met een uniforme nominale premie en door de fixatie van de solidariteitsbijdragen. De financiering van dit systeem loopt glad, ook na introductie van meerdere polissen.

Het besluit om voor andere polissen te kiezen neemt de verzekerde op grond van zijn eigen inschatting van gezondheidsrisico's en mogelijkheden om te besparen op zijn (verwachte) directe ziektekosten. Van eigen risico's gaat een prikkel uit om op de directe kosten te besparen. Als gevolg van hogere eigen risico's dalen de totale kosten binnen het verzekeringsstelsel. De totale uitgaven voor de zorg dalen alleen als er ook echte individuele besparingen worden geëffectueerd.

Concurrentie zet de verzekeraars aan naar de goedkoopste vormen van gepaste zorg te zoeken. De nominale premie speelt voor de vergelijking tussen verzekeraars qua prijs en kwaliteit een grote rol. De mogelijkheid om meerdere polissen aan te bieden stimuleert de onderlinge concurrentie. Er kan pas een uitspraak over het marktevenwicht (aandelen standaardpolis en andere polissen) worden gedaan als de individuele inschattingen van de risico's en de extra besparingsmogelijkheden bekend zijn.

Een verevening moet de gevolgen van de acceptatieplicht voor de verzekeraars opvangen. De voorgestelde verevening corrigeert alleen voor de resulterende verschillen in risico-profielen per verzekeraar. Het bedrijfsresultaat wordt dan gemiddeld per verzekerde voor alle verzekeraars gelijk, althans bij dezelfde premies, vergoedingen en eigen risico's en dus solidariteitsbijdragen. Additionele winsten als gevolg van een betere bedrijfsvoering (administratie, inkopen) worden door die verevening niet aangetast.

De verevening levert de politiek een instrument om beoogde solidariteitsbijdragen ook te realiseren en in stand te houden. Hoe hoog de bandbreedte zal zijn tussen de laagste en hoogste premie (basispolis met maximaal versus standaardpolis met geringste eigen risico) is afhankelijk van de dekkingsverschillen en daarmee van de verwachte vergoedingsverschillen tussen die polissen. Men kan dus de basispolis vastleggen en het bijbehorende premieverschil accepteren of een premiebandbreedte vastleggen en dan de bijbehorende dekkingsverschillen accepteren. Het is niet nodig beide te doen.